# ITEM 071 : TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

- **Conduite alimentaire** : versant comportemental des mécanismes de régulation énergétique et nutritionnel, sous l'influence de facteurs physiologiques, psychologiques, comportementaux et environnementaux.
- **Trouble du comportement alimentaire** (TCA) = perturbation significative et durable du comportement alimentaire, trouble de la perception de l'image corporelle et obsessions quant au poids/à l'alimentation.
- **Prévalence** : 2,2 %, prédominance féminine, pic à l'adolescence et au début de l'âge adulte.
- **Classification des TCA :**
  - Anorexie mentale : Restrictive pure **ou** Avec crise de boulimie et/ou avec conduite de purge.
  - Boulimie à poids normal : sans vomissement ni purgatifs **ou** Avec vomissement ou purgatifs.
  - Hyperphagie boulimie ou accès hyperphagique.
  - Autres : mérycisme, pica, *Night Eating Syndrom*, TCA non spécifiés.
- **Etiopathogénie mal connue**:
  - Facteur de vulnérabilité : **terrain génétique/biologique** (système sérotoninergique et hormonal), **socioculturel** (idéal de minceur, médias, réseaux sociaux), **familial** (agrégation familiale, forte hérédité, environnement partagé), trait de personnalité (rigidité intellectuelle, perfectionnisme, dépendance affective), événement de vie.
  - Facteur déclenchant : **régime alimentaire strict, événement de vie, puberté et œstrogènes, séparation, traumatisme sexuel.**
  - Facteur renforçant : **déséquilibre biologique** induit par le trouble, **bénéfices relationnel et psychologique** (gratification de l'entourage, sensation de mieux être).
- **Troubles psychiatriques associés** (comorbidité / diagnostic différentiel) **:**
  - Conduites addictives (alcool, tabac…)
  - Troubles de l'humeur (syndrome dépressif).
  - Troubles anxieux (phobie sociale, TAG, TOC).
  - Idées suicidaires, ATCD de tentative de suicide.
  - Troubles de la personnalité (borderline [crise boulimie] obsessionnel, anxieux-évitant ou dépendant [anorexie restrictive]).
- **Population à risque :**
  - Adolescentes, jeunes femmes.
  - Mannequins.
  - Disciplines esthétiques ou à catégorie de poids de haut niveau.
  - Pathologies avec équilibre alimentaire (DT1, hypercholestérolémie familiale).

## ANOREXIE MENTALE

- Prévalence = **1,4 % chez les femmes et 0,2 % chez les hommes**, débute dans 85 % des cas entre 15 et 25 ans (âge en ↘) avec 2 pics à 14 et à 18 ans, âge moyen 17 ans.
Anorexie précoce à partir de 6-7 ans : 10 % < 10 ans, et anorexie tardive > 25-30 ans.
- Prédominance féminine (H/F=1/8), plus fréquent chez les caucasiennes, à niveau socio-économique moyen/aisé.
- Mortalité élevée = **5 % à 10 ans** avec un risque de **1 %/an**, trouble psychiatrique le plus à risque de suicide.
- 2 types : **. Type restrictif pur** : restriction alimentaire ± hyperactivité physique → évolue souvent vers une forme purgative.
**. Type avec crises de boulimie** et/ou **vomissements, diurétiques ou laxatifs**.
- Symptômes principaux (3A) : Anorexie – Amaigrissement – Aménorrhée.
- Repérage : score SCOFF.

### SYMPTOMATOLOGIE

- Début surtout chez les adolescents, souvent au moment de l'apparition des transformations corporelles de la puberté.
- Mode d'entrée possible sous forme d'un **régime restrictif** (du fait d'un léger surpoids pré-morbide).
- Groupe à risque : **sportif, mannequin, danseur**…
- Association de : anorexie, amaigrissement, aménorrhée.
- Déni fréquent, avec rationalisation de la perte de poids.

#### Perte de poids

- Poids < 15 % du poids normal, IMC < 18,5 (adulte en fin de croissance).
- Plus ou moins rapide, banalisée par la patiente, volontaire ou provoquée.
- Associée à un sentiment de réassurance initiale, une impression d'absence de fatigue, d'euphorie +/- de toute puissance.
- Stratégies palliatives à la prise de poids : **exposition au froid, augmentation de l'exercice physique, potomanie ou restriction hydrique.**
- **Restrictions quantitatives et qualitatives, sélectives** avec évitement des aliments caloriques → **règles inflexibles.**

##### Conséquences

- **Effacement des aspects sexués du corps.**
- **Troubles trophiques** : **altération des phanères** (peau sèche, ongles cassants, chute de cheveux), **hypertrichose, lanugo, acrocyanose, œdèmes carentiels, risque d'escarre,** pâleur.
- **Hypométabolisme** : **hypotension, bradycardie, hypothermie.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Autres stratégies de contrôle du poids | | - **Hyperactivité physique, exposition accrue au** froid (n'est pas une conduite purgative).<br>- **Vomissements provoqués** : plus fréquent, pratiquement spontanés après quelques mois, risque **d'hypokaliémie.**<br>- **Prise de laxatifs** (fréquent) : **troubles digestifs**, risque **d'hypokaliémie.**<br>- **Prise de diurétiques** : risque de **troubles ioniques** et **d'insuffisance rénale fonctionnelle.**<br>- Autres médicaments : **coupe-faim, hormone thyroïdienne, dérivés d'amphétamines…**<br>- **Potomanie** = consommation excessive, souvent compulsive, de liquide non calorique : objectif de purification et de remplissage, risque **d'hyponatrémie, convulsions, coma.** |
| | **Distorsions cognitives** | | - **Absence de conscience du trouble** (insight), **déni, restriction mise sur le compte de plainte somatique (douleur abdominale, trouble du transit…)**<br>- **Perturbation de l'image du corps = dysmorphophobie** : se ressent trop gros malgré un poids en dessous de la normale.<br>- **Croyances erronées** sur le fonctionnement digestif et les aliments.<br>- **Anomalies neuropsychologiques des fonctions exécutives.** |
| | **Aménorrhée** | | = Primaire ou secondaire (le + souvent), par hypogonadisme d'origine hypothalamique liée à l'hypoleptinémie, avec anovulation et donc **infertilité** associée.<br>- Parfois **absente au début du trouble.**<br>- Possiblement **masquée par un traitement œstroprogestatif.**<br>- Souvent vécue comme sans importance par la patiente.<br>→ **Facteur de gravité.** |
| | **Traits associés** | | - Traits obsessionnels fréquents (perfectionnisme, ascétisme, perte de flexibilité, recherche de contrôle).<br>- Surinvestissement intellectuel (au détriment des autres champs relationnels et affectifs).<br>- Altération de la sexualité : désinvestie ou hyperactive. |
| | **Critères DSM-5** | | - Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas.<br>- Peur intense de prendre du poids et de devenir gros, malgré une insuffisance pondérale.<br>- Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie), faible estime de soi (influencée excessivement par le poids ou la forme corporelle), ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.<br>→ **Type restrictif :** au cours des 3 derniers mois : la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.<br>→ **Type accès hyperphagique/purgatif :** au cours des 3 derniers mois : présence de crises d'hyperphagie récurrentes et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs.<br>**- Sévérité : .** IMC ≥ 17 kg/m² : légère.<br>**.** 16 ≤ IMC < 17 kg/m² : modérée.<br>**.** 15 ≤ IMC < 16 kg/m² : sévère.<br>**.** IMC < 15 kg/m² : extrême. |
| **RETENTISSEMENT MÉDICAL** | | | - **Ostéoporose** : carence en vitamine D, en calcium, et hypercatabolisme osseux par carence œstrogénique, retard de croissance.<br>- **Amyotrophie.**<br>- **Œdèmes carentiels** (10 %) : syndrome de Kwashiorkor avec hypoalbuminémie.<br>- **Troubles hydro-électrolytiques : hyponatrémie**, **hypokaliémie**, **hypocalcémie, hypophosphatémie, hypoMg, carence Zn et Cu, augmentation cholestérol total et LDL-C.**<br>- **Insuffisance rénale fonctionnelle.**<br>- **Hypoglycémie**, avec **malaise** et **perte de connaissance.**<br>- **Anémie carentielle** (**fer, B9, B12**) dans 15 % des cas.<br>- **Thrombopénie, leucopénie, neutropénie** et **lymphopénie, trouble de l'immunité cellulaire** (**risque infectieux** majoré).<br>- Aménorrhée primaire ou secondaire, baisse de la fertilité, augmentation prématurité et mortalité périnatale.<br>- Atteintes cardio-vasculaires : **trouble du rythme** (arythmie, bradycardie extrême, ACR, secondaires aux troubles hydroélectrolytiques), **hypotension, anomalies cardiaques échographiques.**<br>- Troubles digestifs : **brûlures œsophagiennes, Sd de Mallory-Weiss, achalasie, rupture œsophagienne avec médiastinite (syndrome de Boerhaave), retard à la vidange gastrique, hypertrophie parotidienne**, **érosions dentaires**, **alcalose métabolique, hypokaliémie** (vomissement) ; constipation avec prolapsus rectal, syndrome de la pince aorto-mésentérique, dilatation aiguë de l'estomac (si crise boulimie), translocation bactérienne**.**<br>- **Cytolyse hépatique (présente dans la dénutrition ET la renutrition).**<br>- **Neurologique :** ralentissement psychomoteur, élargissement des espaces cérébrospinaux, dilatation des ventricules latéraux, atrophie cérébrale.<br>- Pollakiurie, incontinence urinaire, infections urinaires**.**<br>- Plainte fonctionnelle digestive.<br>- Psychiatrique : majoration anxiété et dépression, insomnie, phobies diverses ou obsessions, addictions (alcool, toxique), TS |
| | DD | Trouble organique (anorexie et hypercatabolisme) | - **Tumeurs : cérébrale (**tumeur du tronc cérébral, craniopharyngiome), **leucémie** et autres.<br>- Maladie infectieuse : **VIH, tuberculose.**<br>- Maladie digestive : **maladie de Crohn, achalasie de l'œsophage, maladie cœliaque.**<br>- Endocrinien : **hyperthyroïdie, diabète, pan-hypopituitarisme, insuffisance surrénale.** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Trouble psychiatrique | - **Trouble obsessionnel-compulsif.**<br>- **Trouble psychotique chronique** : schizophrénie (idée délirante d'empoisonnement, forme hébéphrène…)<br>- **Phobie alimentaire.**<br>- **Trouble dépressif caractérisé majeur.**<br>- **Trouble de la personnalité** : surtout **état-limite**, **évitant** ou **obsessionnelle.**<br>- **Autres TCA** : troubles de restriction ou d'évitement de l'ingestion des aliments (ARFID). |
| **PEC** | Prise en charge nutritionnelle ET psychiatrique :<br>- **Multidisciplinaire (somaticien et psychiatre)**, **ininterrompue** et **prolongée** ≥ **1 an** après rémission minimum. | | |
| | Bio | | - Bilan standard : **NFS, ionogramme complet, urée, créatinine, clairance de la créatinine, CRP, TP, TCA.**<br>- Bilan métabolique : **calcémie, phosphorémie, 25-OH-vitamine D.**<br>- **Bilan hépatique** : **ALAT, ASAT, PAL, TP-TCA.**<br>- Bilan nutritionnel : **albumine, préalbumine (= transthyrétine).**<br>- **TSH**.<br>- Dosage des micronutriments au cas par cas. |
| | PC | | - **ECG** : recherche de trouble du rythme, signes d'hypokaliémie.<br>- **Ostéodensitométrie** si **> 6 mois** de troubles, puis tous les **2 ans** si troubles persistants.<br>- **Imagerie cérébrale** à discuter. |
| **COMPLICATIONS** | Digestives | | - Hypertransaminasémie : signe de gravité :<br>. Le plus souvent modérée < 10N.<br>. Mais parfois sévère > 10N avec insuffisance hépatocellulaire.<br>- Syndrome de la pince aortomésentérique : rare, si perte de poids rapide.<br>- Dilatation aiguë de l'estomac.<br>- Prolapsus rectal.<br>- Bactériémie sur translocation bactérienne en cas de fécalome secondaire à la constipation. |
| | Hémodynamiques et cardiaques | | - Hypo TA sévère.<br>- Bradycardie avec allongement du QT.<br>- Arrêt cardiaque.<br>- Anomalies cardio-vasculaires échographiques : prolapsus valve mitrale, diminution de l masse cardiaque, insuffisance cardiaque et épanchement péricardique. |
| | Neurologiques | | - Ralentissement psychomoteur.<br>- Élargissement des espaces cérébrospinaux externes.<br>- Dilatation des ventricules latéraux.<br>- Atrophie cérébrale. |
| | Rénales, hydro électrolytiques, métaboliques | | - Insuffisance rénale fonctionnelle.<br>- Hypokaliémie : liée aux vomissements, aux laxatifs ou diurétiques :<br>. Associée à la bradycardie et à l'allongement du QT, risque de troubles du rythme et de mort subite.<br>- Hyponatrémie : potomanie, laxatifs, diurétiques. Troubles de la conscience, coma, crise convulsive.<br>- Hypophosphorémie.<br>- Déshydratation, hyper natrémie.<br>- Hypoglycémie.<br>- Alcalose hypochlorémique.<br>- Hypomagnésémie.<br>- Cholestérol total et LDL inversement corrélés à l'IMC.<br>- Carence zinc, sélénium et cuivre. |
| | GO | | - Aménorrhée primaire ou secondaire.<br>- Fertilité diminuée.<br>- Augmentation des taux de prématurité et de la mortalité périnatale. |
| | Osseuses | | - Ostéopénie, ostéoporose, fracture.<br>- Retard de croissance et retard pubertaire. |
| | Hématologiques | | - Leucopénie, thrombopénie, anémie normocytaire arégénérative (par carence, hypoplasie médullaire, transformation gélatineuse de la moelle).<br>- Perturbations de l'immunité cellulaire, baisse du complément. |
| | Évolution | | - Mortalité : suicide ou liée aux complications médicales (cardiaque, métabolique, infectieux).<br>- Chronicité : 20-30 %, > 5 ans d'évolution ou enkystement du trouble.<br>- Sous traitement : 50 % rémission complète, 30 % rémission partielle et 20-30 % forme chronique ou décès.<br>- Rechutes (30-50 % de rechutes dans l'année suivant une hospitalisation). |

<table>
<tr><td rowspan="11">PEC</td><td rowspan="5">CRITÈRES D' HOSPITALISATION</td><td colspan="3">→ Hospitalisation libre, sous contrainte (accord parental ou ASPDT), voire OPP si refus des parents et risque vital.</td></tr>
<tr><td>Gravité clinique</td><td colspan="2">- Perte de poids ≥ 20 % en 3 mois chez l'adulte ou > 2 kg/semaine chez l'adolescent ou IMC < 13.<br>→ Hospitalisation en USI si IMC < 12.<br>- Malaises, chutes ou perte de connaissance.<br>- Vomissements incoercibles.<br>- Échec de la renutrition ambulatoire.<br>- Restriction extrême (refus de manger ou boire).<br>- Amyotrophie importante avec hypotonie axiale.<br>- Déshydratation.<br>- Hypothermie < 35 °C ou hypotension < 90/60.<br>- Bradycardie < 40/min ou tachycardie de repos > 60/min si IMC < 13.</td></tr>
<tr><td>Gravité paraclinique</td><td colspan="2">- Anomalie ECG.<br>- Hypoglycémie symptomatique < 0,6 g/L ou asymptomatique < 0,3 g/L.<br>- ASAT ou ALAT > 10N.<br>- Trouble hydro-électrolytique :<br>. Hypokaliémie < 3.<br>. Hyponatrémie < 125 ou hypernatrémie > 150.<br>. Hypophosphorémie < 0,5.<br>. Hypomagnésémie.<br>- Insuffisance rénale < 40 mL/min.<br>- Leucopénie < 1 G/L ou neutropénie < 0,5 G/L.</td></tr>
<tr><td>Psy</td><td colspan="2">- Risque suicidaire, automutilations répétées.<br>- Comorbidité psychiatrique sévère (dépression, abus substance, anxiété sévère, psychose, TOC).<br>- Idéations obsédantes intrusives, incapacité à contrôler les obsessions.<br>- Incapacité à contrôler les comportements compensatoires.<br>- Nécessité d'une renutrition par SNG.</td></tr>
<tr><td>Social</td><td colspan="2">- Échec de prise en charge ambulatoire.<br>- Patient peu coopérant, motivation insuffisance, soins ambulatoires difficiles.<br>- Entourage indisponible : problèmes familiaux, ø famille, épuisement familial.<br>- Stress environnemental (critiques, isolement).</td></tr>
<tr><td colspan="2">Réalimentation</td><td colspan="2">- Proposer une alimentation normale en augmentant les apports alimentaires de façon progressive pour éviter SRI (1 kg/mois en ambulatoire, 500 g-1 kg/semaine en hospitalisation), limiter les apports hydriques à 1 L/jour.<br>- Supplémentation systématique en phosphate.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Aspect psycho-thérapeutique</td><td colspan="2">But : favoriser l'adhésion aux soins, accepter la renutrition, corriger les distorsions cognitives et attitudes dysfonctionnelles, renforcer l'estime de soi, améliorer les relations interpersonnelles.<br>- Thérapie cognitivo-comportementale principalement : efficacité prouvée.<br>- Psychothérapie de soutien systématique.<br>- Thérapie familiale surtout chez l'enfant/adolescent.<br>- Autre : entretien motivationnel, thérapie systémique, thérapie psychanalytique, approches corporelles…<br>→ Maintenue au moins 1 an après amélioration clinique significative.</td></tr>
<tr><td colspan="2">TTT psycho-pharma-cologique</td><td colspan="2">→ Aucun traitement spécifique de l'anorexie mentale : PEC des comorbidités psychiatriques.<br>Antidépresseur si trouble dépressif caractérisé, TOC ou trouble anxieux : uniquement si non amélioré par la reprise pondérale ou secondaire à la reprise pondérale.<br>- !! EI avec allongement du QT.<br>- !! Après avoir atteint un poids minimal requis (inefficace si poids très bas).</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Aspect nutritionnel</td><td rowspan="2">Renutrition</td><td>Syndrome de renutrition inappropriée</td><td>= Rupture de l'équilibre métabolique, adapté à la dénutrition sévère, avec augmentation du métabolisme glucidique (surtout en cas d'apport massif de glucose IV), consommation accrue de phosphore et d'ATP et entrée intracellulaire de magnésium, de calcium et potassium.<br>- Biologie :<br>. Cytolyse hépatique (> 10 N) avec risque insuffisance hépato-cellulaire.<br>. Hypophosphorémie, hypokaliémie, hypomagnésémie, hypocalcémie.</td></tr>
</table>

# BOULIMIE

- **Prévalence = 1,9 % chez les femmes et 0,6 % chez les hommes**, prédominance féminine (H/F = 1/3), surtout entre 16 et 25 ans, âge de début plus tardif que l'anorexie mentale, nette augmentation de l'incidence ces dernières années.
- Mortalité = 2 %/10 ans d'évolution.

| | | |
|---|---|---|
| **SYMPTOMATOLOGIE** | **Début** | - Dans les suites d'un régime restrictif et/ou à la suite de vomissements.<br>- Secondairement à un traumatisme ou une perte. |
| | **Crise de boulimie** | - Débute par un **craving** : compulsion irrépressible et angoissante de faim.<br>- **Absorption d'une quantité anormalement élevée et rapide d'aliments**, très difficile à contrôler, principalement **hypercaloriques** (gras et sucrés), sur une période de temps limitée (typiquement < 2 h), responsable d'un sentiment de soulagement.<br>- Sentiment de perte de contrôle.<br>- Fin de la crise par des **vomissements provoqués (si forme avec compensation)**, avec **sensation de soulagement** (lutte contre la prise de poids et la pesanteur gastrique), avec souvent une **fatigue intense avec somnolence.**<br>- **Sentiment de culpabilité** au décours. |
| | **Stratégies de contrôle du poids - compensatoires** | - **Vomissements provoqués** : la plus fréquente, mais non systématique, généralement cachés.<br>- **Consommation de laxatifs** ou de **diurétiques.**<br>- **Restriction alimentaire inter-crise**, visant à compenser les apports caloriques des crises.<br>- **Exercice physique intensif.**<br>- **Poids normal**, avec des **fluctuations pondérales rapides** (± 2-5 kg/semaine). |
| | **Traits associés** | - Symptômes anxio-dépressifs, trouble anxieux généralisé ou épisode dépressif caractérisé.<br>- Tentatives de suicide fréquentes.<br>- Troubles addictifs et des troubles du contrôle des impulsions (auto-mutilations, kleptomanie…)<br>- Trouble de la personnalité de type borderline.<br>- Forte impulsivité et difficultés dans la gestion des émotions.<br>- Dysfonction sexuelle. |
| | Retentissement médical | - **Dysménorrhée** secondaire ou troubles des cycles menstruels.<br>- **Syndrome pseudo-occlusif, paralysie du côlon.**<br>- Conséquences des vomissements répétés : **hypertrophie des glandes salivaires, érosions dentaires, œsophagite peptique, syndrome de Malory-Weiss, déshydratation extracellulaire, hyperamylasémie, paralysie du colon.**<br>- **Prise de poids**, exceptionnellement **obésité.**<br>- Troubles hydro-électrolytiques : **hyponatrémie, hypokaliémie, hypocalcémie, alcalose métabolique**<br>**- Ostéoporose.**<br>- **Insuffisance rénale fonctionnelle, œdèmes.**<br>- **Néphropathie tubulo-interstitielle, lithiases rénales.**<br>- **Carence en vitamine B1.** |
| | Critères DSM-5 | A - Survenue **d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée** : absorption alimentaire largement supérieure à la moyenne **en < 2 h**, avec impression de perte de contrôle et impossibilité de s'arrêter.<br>B - Mise en œuvre de **comportements compensatoires** visant à éviter la prise de poids : vomissements provoqués, prise de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes, exercice excessif, exercice physique.<br>C - Fréquence moyenne **≥ 1/semaine** sur une période durant > **3 mois.**<br>D - **Perturbation excessive de l'estime de soi** par la forme du corps et le poids.<br>E - Ne survient pas exclusivement au cours d'un épisode d'anorexie mentale.<br>Sévérité :<br>- Légère : 1 à 3.<br>- Modérée 4 à 7.<br>- Sévère 8 à 13.<br>- Extrême ≥ 14. |
| | Forme masculine | - Rares.<br>- ATCD de surpoids et de comorbidités (troubles de l'humeur, prises de toxiques, troubles de la personnalité du cluster B).<br>- Échappement au soin. |
| **DG** | DD | Médical :<br>- Neurologique : **tumeur cérébrale, épilepsie.**<br>**Syndrome de Klein-Levin** (hypersomnie périodique avec hyperphagie).<br>- **Syndrome de Klüver-Bucy** (agnosie visuelle, hyperoralité, hypersexualité, hyperphagie).<br>Psychiatrique :<br>- **Épisode dépressif caractérisé atypique.**<br>- **Trouble de la personnalité borderline.**<br>- **Hyperphagie boulimique** : absence de comportement compensateur ➙ **obésité.**<br>- **Anorexie mentale de type accès hyperphagiques/purgatif.** |

| | | |
|---|---|---|
| | **Critères d'hospitalisation** | Anamnestiques<br>- Modification brutale du poids (ou cassure de la courbe de croissance chez l'enfant/ado)<br>- **Sévérité des crises et fréquence élevée (>8/semaine).**<br>- Échec de la stratégie ambulatoire.<br>- Conduite compensatoire mettant en danger la vie du patient.<br><br>Cliniques<br>- **État de mal boulimique**.<br>- Signes cliniques de dénutrition.<br>- Hypotension artérielle ou trouble du rythme cardiaque.<br>- Incapacité à contrôler les crises qui deviennent pluriquotidiennes (« état de mal »)<br>- Incapacité à contrôler les comportements compensatoires (activité physique ou vomissements).<br><br>Paracliniques<br>- **Anomalies de l'ECG.**<br>- **Atteinte hépatique sévère**.<br>- **Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères**, surtout **hypokaliémie**<br>- **Insuffisance rénale et déshydratation**.<br><br>Risque suicidaire : **TS ou projet suicidaire précis**, automutilations répétées<br>Comorbidités (justifient l'hospit à elles seules si sévères) : épisode dépressif caractérisé, abus de substances et trouble des conduites, anxiété sévère, **symptômes psychotiques**<br><br>Disponibilité de l'entourage : problèmes familiaux ou **absence de famille**, entourage épuisé<br>Stress environnemental : critiques environnementales élevées, **isolement social sévère**. |
| **PEC** | **Aspect somatique** | - Surveillance clinique et paraclinique (notamment troubles ioniques). |
| | **Aspect psycho-thérapeutique** | Soutien fiable et bienveillant : thérapie de soutien.<br>But : favoriser l'adhésion aux soins, réintroduire la notion de plaisir dans l'alimentation, corriger les distorsions cognitives et les attitudes dysfonctionnelles (notamment le renforcement négatif), apprendre les signes annonciateurs de crises et les techniques pour y remédier (désamorçage).<br>- **Thérapie cognitivo-comportementale** : 40 % de rémission, utilisation d'observations comportementales (carnet alimentaire) et des crises induites.<br>- **Psychoéducation, affirmation de soi.**<br>- Autres : **psychothérapie de soutien, entretien motivationnel, thérapie d'inspiration psychanalytique, thérapie familiale ou systémique.** |
| | **Aspect psycho-pharmacologique** | - **Antidépresseur ISRS** : **fluoxétine** 60 mg/j, à dose plus élevée que dans le trouble dépressif caractérisé, efficacité modérée pour diminuer les crises de boulimie, surtout lorsque la mise en place d'une TCC n'est pas possible.<br>- Correction de l'hypokaliémie. |
| | **Aspect nutritionnel** | - **Travail nutritionnel** et **diététique = rééducation nutritionnelle** : possible phase de renutrition initiale, alimentation selon des schémas réguliers avec une alimentation diversifiée et suffisante, modération alimentaire, réapprentissage alimentaire. |
| | PEC à moyen et long terme | - **Suivi régulier et prolongé** : contrôle du poids, état nutritif, état médical et psychologique.<br>- **Psychothérapie** poursuivie de façon prolongée (risque de rechute important).<br>- Aide non médicale : soutien et étayage de la famille, **association de malades ou de familles de malade, groupe de soutien**… |

## HYPERPHAGIE BOULIMIQUE

- **Hyperphagie boulimique** ou ***Binge Eating Disorder*** : récurrence de crise de boulimie sans conduite compensatoire destinée à un contrôle de poids.
- Concernerait 30-50 % des sujets obèses et 20-40 % de ceux consultant pour excès pondéral.
- Prévalence : femme = 2,8 **%** et hommes = 1 % une prédominance féminine moins marquée (2/1 ou 3/2).

| | | |
|---|---|---|
| **SYMPTOMATOLOGIE** | **Début** | - Dans l'enfance.<br>- Traumatisme ou abus sexuel. |
| | **Crise de boulimie** | - Phénomène de **craving** très important : sensation de faim compulsive et irrépressible.<br>- **Absorption d'une quantité anormalement élevée**, avec **sentiment de perte de contrôle : grandes quantités, y compris d'aliments non plaisants (ce qui lui tombe sous la main).**<br>- Crise souvent **en cachette.**<br>- **Sentiment intense et douloureux de culpabilité.**<br>- **Conscience du trouble** avec **souffrance psychique** importante.<br>➔ Aucune stratégie de purge ou de comportement compensatoire. |

| | | |
|---|---|---|
| | **Traits associés** | - Symptômes anxio-dépressifs, trouble anxieux généralisé ou épisode dépressif caractérisé.<br>- Troubles addictifs et troubles du contrôle des impulsions (auto-mutilations, kleptomanie…)<br>- Troubles de la personnalité.<br>- Forte impulsivité et difficultés dans la gestion des émotions.<br>- Dysfonction sexuelle. |
| **DIAGNOSTIC** | Critères DSM-5 | A - Survenue **d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée** : prises alimentaires largement supérieure à la moyenne en < 2 h, avec impression de perte de contrôles et impossibilité de s'arrêter.<br>B - ≥ 3 éléments :<br>- Prise alimentaire beaucoup plus rapide.<br>- Prise alimentaire jusqu'à sensation de trop-plein abdominal désagréable.<br>- Absorption de grandes quantités d'aliments sans sensation de faim.<br>- Prises alimentaires solitaires du fait de la gêne occasionnée.<br>- Sensations de dégoût de soi, de dépression ou de culpabilité après avoir mangé.<br>C - **Sentiment de détresse, de dégoût de soi** en lien avec l'existence de l'hyperphagie.<br>D - Épisodes **≥ 1/semaine** pendant **> 3 mois** consécutifs.<br>E- **Absence de comportement compensatoire.** |
| | Retentissement médical | - Troubles digestifs : halitose, reflux gastro-œsophagien, ballonnements et douleurs abdominales, alternance diarrhée-constipation.<br>- Stéatose hépatique.<br>- Répercussions indirectes de l'obésité.<br>- Mauvais états nutritionnels, +/- dénutrition.<br>- Hypofertilité +/- infertilité. |
| | DD | - Tumeurs cérébrales, épilepsie, syndrome de Kleine-Levin et syndrome de Klüver-Bucy.<br>- Boulimie.<br>- Obésité métabolique ou génétique.<br>- Épisode dépressif caractérisé et troubles bipolaires.<br>- Troubles de la personnalité de type borderline et évitante-dépendante. |
| **TTT** | - **Psychothérapie** : **thérapie cognitivo-comportementale** principalement, thérapie de soutien.<br>- Prise en charge nutritionnelle et médicale de l'obésité. | |

## AUTRES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

| | |
|---|---|
| **PICA** | PICA = **Ingestion répétée de substances non alimentaires** (plâtre, sable, plomb, cailloux…) pendant une période ≥ 1 mois.<br>- Principalement chez le jeune enfant.<br>- Carence martiale ou en zinc.<br>- Négligence, trouble de l'attachement ou trouble neuro-développemental sévère. |
| **MÉRYCISME** | Mérycisme = **Régurgitations répétées de nourriture** pendant une période ≥ 1 mois : aliments remastiqués, ré-avalés, recrachés. Pas de nausée, pas d'affection somatique expliquant la régurgitation.<br>- Peu fréquent, touche plus les garçons que les filles, le plus souvent chez les nourrissons (de 3 mois à 1 an). |